



ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКИХ ПРОВЕРОК В ШТАТЕ ВАШИНГОН
ФОРМА ЗАПИСИ (мужчинам проводят проверку только на рак толстой кишки)



ВЫ - НОВАЯ КЛИЕНТКА HSP? Да Нет

ИМЯ	Фамилия	Имя	ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ	ОСНОВНОЙ ПОДРЯДЧИК HSP	ДАТА (мм/чч/гггг)	
ИМЯ, которым клиент пользовался в прошлом						
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мес/день/год)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ			МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРОВЕРКИ	НОМЕР ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ	
				ДАТА И ВРЕМЯ ПРИЕМА		
АДРЕС				ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ (должно пересматриваться ежегодно) Доход семьи до налогов: \$ _____		
ГОРОД		ШТАТ		<input type="checkbox"/> Годовой <input type="checkbox"/> Месячный		
ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ОКРУГ, ГДЕ ПРОЖИВАЕТ КЛИЕНТКА			Число людей, которые живут на этот доход _____ Страховка/Программа медицинского страхования <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если "Да", укажите название страховой компании или укажите программу медицинского страхования _____		
ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН ()	РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН ()			Страховой полис/Идентификационный номер _____		
ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ КОНТАКТА				НАИБОЛЕЕ УДОБНОЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ЗВОНОК	<input type="checkbox"/> до полудня <input type="checkbox"/> после полудня	МОЖЕМ ЛИ МЫ ОСТАВИТЬ ДЛЯ ВАС СООБЩЕНИЕ?

Право на проверку на рак толстой кишки: Проверка проводится лицам в возрасте 50-64 года с доходом не выше 250% федерального уровня бедности, не имеющим страховки Медикейд или частной страховки (или имеющим большой нестрахуемый минимум при частной страховке). Также могут иметь право на проверку клиенты моложе 50 лет, находящиеся в группе повышенного риска в связи с семейной историей заболеваний, или старше 65 и не имеющие страховки Медикейд.

Примечание: Если вы страдаете каким-либо из следующих заболеваний: язвенный колит, болезнь Крона, синдромы наследственного рака толстой кишки, такие, как HNPCC, или испытываете следующие симптомы: боль в нижнем отделе живота, ярко-красная кровь в прямой кишке, заметное изменение функционирования кишечника, кровь в кале или необъяснимая потеря веса, вы не имеете права на медицинские услуги по программе HSP по поводу заболеваний толстого кишечника.

Страна рождения? США Другая страна (укажите) _____

Являетесь ли вы латиноамериканкой или испаноязычной (Например, американкой мексиканского происхождения, пурториканкой, кубинкой)? Да Нет

Основной язык? (выберите только одно) Английский Вьетнамский Корейский Испанский
 Камбоджийский Русский Китайский Другое (укажите) _____

К какой(им) расе(расам) вы принадлежите? (Отметьте одну или больше рас, чтобы указать, к какой расе вы себя относите.)

Белая Черная или азиатская Уроженка Гавайских островов или других тихоокеанских
 африканского происхождения островов (укажите конкретно) _____
 Азиатского происхождения (укажите конкретно) Американская индианка или уроженка Аляски (укажите
 Неизвестно племя/народ) _____

Сколько классов школы вы закончили? (сколько лет вы учились в школе) _____

Если вы новая клиентка HSP как вы узнали об этой программе? (выберите только одно)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Сама | <input type="checkbox"/> На работе | <input type="checkbox"/> Увидела по телевизору | <input type="checkbox"/> Фонд по предотвращению рака молочной железы (Breast Cancer Prevention Fund) |
| <input type="checkbox"/> От друга или родственника | <input type="checkbox"/> Из информационного листка | <input type="checkbox"/> Услышала по радио | <input type="checkbox"/> Сайт HSP в Интернете |
| <input type="checkbox"/> В общественной организации | <input type="checkbox"/> В религиозной организации | <input type="checkbox"/> Из плаката | <input type="checkbox"/> Кампания "Спросите меня" |
| <input type="checkbox"/> В клинике | <input type="checkbox"/> Из почтового объявления | <input type="checkbox"/> YWCA | |
| <input type="checkbox"/> От работника по работе с клиентами по месту жительства | <input type="checkbox"/> Из газеты | <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____ | |

Форма согласия клиентки HSP подписьана.